

Trabalho de Conclusão de Curso

AVALIAÇÃO DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GABRIELLA MACHADO VIEIRA



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Gabriella Machado Vieira

**AVALIAÇÃO DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE
ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Graziela de
Luca Canto

Florianópolis

2012

Gabriella Machado Vieira

**AVALIAÇÃO DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE
GRADUAÇÃO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 11 de abril de 2012.

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Graziela de Luca Canto,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Dayane Machado Ribeiro,
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Ricardo Vieira,
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho aos meus pais, Clóvis e Ilka, os quais me proporcionaram a vida, deram-me exemplos de dedicação e perseverança e sobretudo viveram este sonho junto comigo tendo a convicção de esta jornada seria vitoriosa. Amo-os infinitamente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por estar sempre presente em minha vida, por iluminar meu caminho e me dar forças para seguir em frente.

Aos meus pais Clóvis e Ilka, pela educação e base de vida, por acreditarem sempre no meu sonho, pela nossa união, carinho, amizade, respeito, confiança e acima de tudo pelo forte amor que nos une e faz com que a nossa relação cresça a cada dia.

A minha avó Arlete, a qual amo muito, pelo exemplo de vida e pelo apoio em todos os momentos em minha vida.

Aos meus tios e primos, pela atenção e apoio durante essa minha trajetória.

A todos os meus amigos que mesmo de longe torceram por mim, acreditaram e vivenciaram esta conquista junto comigo.

Ao meu namorado Marcelo, pelo amor, carinho, amizade, respeito e compreensão, por estar ao meu lado me apoiando e incentivando em todos os momentos.

A Universidade Federal de Santa Catarina por ter me dado a oportunidade de concretizar o que até agora era o meu maior sonho, tornando-o realidade - o grau de cirurgia dentista.

A todos os professores desta Instituição, mestres do conhecimento e do saber.

Aos meus amigos de graduação do curso, em especial a minha dupla e eterna amiga Fernanda Rafaela Valle, pelo convívio, amizade, troca de conhecimento e aprendizado constante.

A Prof.^a Dr.^a Graziela de Luca Canto, por toda dedicação durante a trajetória de construção deste trabalho, a qual não mediu esforços para que este projeto se tornasse realidade.

Ao Prof. Dr. João Luiz Dornelles Bastos, por fazer parte desta caminhada, trazendo contribuições para o enriquecimento deste estudo, fazendo com que o mesmo se concretizasse.

A Prof.^a Dr.^a Elisa Oderich, por ter contribuído na realização desta pesquisa, pelo seu apoio, carinho e amizade.

Aos estudantes que contribuíram para a realização da pesquisa, respondendo aos questionários e permitindo desta forma a realização da pesquisa.

Enfim a todas as pessoas que me ajudaram, não poderia deixar de expressar à minha imensa gratidão.

Muito obrigada!

No campo da Odontologia, a readequação dos cursos de graduação é necessária para a formação de profissionais capacitados a exercerem uma prática que atenda ao SUS, e a contínua capacitação dos já graduados que atuam no sistema.

(Denise Aerts, 2004)

RESUMO

O curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina passou recentemente por alterações curriculares embasadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Odontologia. A alteração do projeto pedagógico foi realizada em 2006, em concordância com a Resolução nº 3/02 CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. O novo currículo entrou em vigor no primeiro semestre de 2007. Deste modo, o objetivo principal desta pesquisa foi de avaliar a reforma curricular a partir da comparação entre os conhecimentos de diagnóstico dos alunos do antigo e dos alunos do novo currículo, suas opiniões sobre o curso e suas aptidões profissionais. A pesquisa foi realizada a partir da aplicação de um questionário contendo 20 questões sobre diagnóstico em Odontologia e quatro questões relacionadas ao curso de graduação e sua aptidão profissional. O estudo contou com a participação de 90 estudantes que formaram dois grupos, o grupo I formado pelos alunos do currículo antigo e o grupo II, formado pelos alunos do currículo novo. Após a aplicação dos questionários os dados foram calculados estatisticamente no programa epiData e digitados no Excel. Os resultados mostraram que as diferenças entre os conhecimentos de diagnóstico não foram estatisticamente significativas entre os grupos I e II, em relação ao ponto forte do curso houve diferença estatística entre os dois grupos, no grupo I predominou o aprendizado em modalidades de tratamento enquanto no grupo II o aprendizado em diagnóstico integral. Em relação ao local onde preferem atuar ambos os grupos responderam em sua maioria nos serviços públicos de saúde associado a clinica privada, em relação às áreas de atuação tanto o grupo I como o grupo II optou em sua maioria pelas disciplinas clínicas tendo uma prevalência relevante no grupo II a Saúde Coletiva.

Palavras-chave: diagnóstico, interdisciplinaridade, odontologia, currículo, diretrizes curriculares.

ABSTRACT

The course of dentistry at the Federal University of Santa Catarina passed recently by curricular changes based on National curriculum guidelines for undergraduate courses in dentistry. The change of the educational project was held in 2006, in accordance with the resolution n° 3/02 CNE/CES, of February 19, 2002, which established the National curriculum guidelines for undergraduate degree in dentistry. The new curriculum came into force on the first half of 2007. Thus, the main goal of this research was to evaluate the curriculum reform from the comparison between diagnostic knowledge of old students and students of the new curriculum, their views on the course and their professional skills. The survey was conducted from the application of a questionnaire containing 20 questions about diagnosis in dentistry and four undergraduate course-related issues and their professional competence, the study with the participation of 90 students who formed two groups, group I formed by students of the old curriculum and group II, formed by students of the new curriculum. After the application of questionnaires the data were statistically calculated and entered in the program in Excel epiData. The results showed that the differences between diagnostic knowledge were not statistically significant between the groups I and II with the strong point of the course there was statistical difference between the two groups, the Group I was learning in treatment modality while in Group II learning in full diagnosis, in relation to the location where you prefer to act both groups responded mostly in public health services and in respect of the areas where both the Group I and group II opted mostly clinical disciplines by having a prevalence with Collective health in Group II.

Keywords: diagnosis, interdisciplinary, dentistry, curriculum, curriculum guidelines.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Grau de dificuldade do questionário.....	41
Gráfico 2- Problema que se deparou ao responder o questionário.....	42
Gráfico 3- Como explica seu desempenho no questionário.....	43
Gráfico 4- Ponto forte do curso de graduação da UFSC.....	43
Gráfico 5- Ao concluir o curso sente-se mais capacitado para atuar.....	44
Gráfico 6- Áreas do conhecimento que o grupo I se sente mais preparado para atuar em ordem crescente.....	45
Gráfico 7- Áreas do conhecimento que o grupo II se sente mais preparado para atuar em ordem crescente.....	45
Gráfico 8- Considera o curso da UFSC.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de participantes em relação ao sexo	38
Tabela 2- Total de representantes por grupo.....	38
Tabela 3- Média de idade dos participantes.....	39
Tabela 4- Proporção de acertos de cada questão dos grupos I e II.....	39
Tabela 5- Média de acertos dos grupos I e II.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico

CES – Câmara de Educação Superior

CNE – Conselho Nacional de Educação

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	23
2	OBJETIVOS.....	36
2.1	Objetivo Geral	36
2.2	Objetivos Específicos.....	36
3.	METODOLOGIA	37
4.	RESULTADOS.....	38
5.	DISCUSSÃO.....	47
6.	CONCLUSÃO	52
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICE A – Termos de consentimento.....	59
	APÊNDICE B – Questionário de diagnóstico em odontologia.....	60
	ANEXO A – Parecer do comitê de ética.....	71

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

A regulamentação do exercício profissional da Odontologia data de 14 de maio de 1856, com o Decreto nº 1.764. O engajamento dos profissionais era feito pela concessão do título àqueles que recebiam um aprendizado informal, dentro de uma prática artesanal. O ensino formal só teve início com o Decreto nº 7.247 de 19 de março de 1879, que estabeleceu o curso de "Cirurgia-dentária", anexo a faculdades de medicina (ABENO, 2010).

O ensino da Odontologia através do tempo esteve intimamente ligado ao ensino da Medicina. Somente em meados do século XIX ocorreu uma diferenciação entre o modelo adotado pelos Estados Unidos da América e a Europa. No Brasil, o ensino da Odontologia inspirou-se no modelo de ensino adotado nos Estados Unidos, que utiliza uma abordagem diferente do tradicionalismo europeu, no qual a Odontologia estava incorporada ao ensino da Medicina, destacando-se como especialidade médica. O modelo adotado pelos americanos originou um novo formato de ensino pelo direcionamento das disciplinas básicas às exigências e necessidades diretas da Odontologia (ROSA; MADEIRA, 1982).

Em 1882 foi criado na Bahia o primeiro curso, cujo currículo refletia o modo de produção social. As matérias se dividiam em básicas e profissionais. Este currículo permaneceu até 1911, quando foi introduzida a cadeira de "Técnica Odontológica" com o ensino em manequins (ABENO, 2010).

Madeira e Rosa (1982) destacam que no estado de Santa Catarina a primeira busca para implantação de um curso de Odontologia ocorreu, em 1909, quando houve a tentativa de criação da Faculdade Livre de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia. Este projeto, porém, jamais saiu do papel. Somente em 1917 foi implantado o primeiro curso de Odontologia do estado de Santa Catarina que juntamente com os cursos de Farmácia e Agrimensura formava o Instituto Polytechnico. No ano de 1932 as novas diretrizes procedentes da reforma do ensino superior e a fundação da Faculdade de Direito provocaram entre os cirurgiões-dentistas e catarinenses de um modo geral a necessidade de propiciar as condições exigidas para a implantação de uma Faculdade de Odontologia capaz de atender as normas vigentes no país. Nesta época o Instituto encerrou suas atividades. Esse trabalho foi lento e difícil, mas culminou com a criação da Faculdade de Odontologia e Farmácia de Santa Catarina no ano de 1946.

O curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia e Farmácia tinha duração de três anos. A instituição passou por uma série de dificuldades financeiras, uma vez que a principal fonte de renda era a mensalidade dos alunos, que, no entanto se mostraram inexpressivos no início do curso - das trinta vagas somente seis foram preenchidas (ROSA; MADEIRA, 1982).

Com a criação da Universidade de Santa Catarina em 18 de dezembro de 1960, mais tarde Universidade Federal de Santa Catarina, a Faculdade de Odontologia e Farmácia foi incluída no elenco das Faculdades que a constituíram. Com a federalização ocorreu a separação do curso de Farmácia, passando a chamar-se de Faculdade de Odontologia. A federalização alavancou todo o sistema educacional da faculdade. O ensino modernizou-se, situando-se na linha da frente no contexto do ensino odontológico brasileiro (ROSA, 1994).

Cinco anos mais tarde, em 1965, houve uma nova reforma curricular, passando o curso passou de três para quatro anos de duração (ROSA; MADEIRA, 1982).

As intensas transformações ocorridas na faculdade exigiram uma revisão no currículo já no ano de 1967. Foi criado um projeto de planejamento, visando atender com mais objetividade as exigências e anseios de professores e alunos. Houve uma redistribuição das disciplinas, um aumento na carga horária do curso. Foi possível também reservar um total de horas para o ensino integrado no estágio final do curso. Da mesma forma foi possível equalizar a relação aulas teóricas e aulas práticas (ROSA; MADEIRA, 1982).

Três anos mais tarde, em 1970, foi implantada uma reforma na Universidade Federal de Santa Catarina. Foi uma reforma radical, buscando uma fórmula capaz de permitir uma flexibilidade estrutural que desse a alunos e professores “a sensação” de Universidade. A estrutura universitária foi organizada em Unidade e Subunidades Universitárias. As Unidades foram divididas em Centro de Estudos Básicos e Centros de Formação Profissional. As Subunidades constituíram os Departamentos. Nesta época o curso era desenvolvido em dois ciclos: o ciclo básico e o ciclo profissionalizante, divididos em fases semestrais. Na Universidade Federal de Santa Catarina para toda a área de Ciências Biológicas, a duração do Ciclo Básico foi fixada em três semestres letivos. O Ciclo Profissionalizante era constituído de cinco fases, da quarta a oitava (ROSA; MADEIRA, 1982).

A experiência introduzida na reforma universitária, na qual o aluno optava por uma das quatro áreas do saber (Ciências Biológicas, Ciências Físicas, Ciências Sociais e Humanas ou Artes e

Comunicações), oferecidas pela Universidade Federal de Santa Catarina apresentou dificuldades de execução. Diante dessa situação, a única saída possível seria o retrocesso ao esquema anterior, quando a opção não seria por área, e sim por curso. Já no concurso vestibular do ano de 1973, implantar-se-ia a nova sistemática (ROSA; MADEIRA, 1982).

Na década de 1980, mais precisamente no ano de 1981, ocorreu a transferência do curso de Odontologia da Rua São Francisco, no centro da cidade, para o campus da Universidade Federal de Santa Catarina (ROSA, 1994).

No ano de 1982, uma nova reforma curricular foi iniciada, mas o novo currículo entrou em vigor somente em 1985. As principais alterações foram novamente o aumento da carga horária e o aumento no tempo de conclusão de curso que passou de quatro para quatro anos e meio. Outra mudança significativa foi o desmembramento das disciplinas de endodontia e dentística que anteriormente dividiam a mesma clínica (SOUSA, 2010).

O período de 1990, segundo Bitencourt (1994), apresentou fatos marcantes como o aprimoramento em nível de mestrado e doutorado do corpo docente, a produção científica do mesmo e também aposentadoria em larga escala dos professores.

Doze anos mais tarde, o Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina voltou a reorientar seu Projeto Pedagógico, em concordância Resolução no 3/02 CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002, que instituiu as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Odontologia (AMANTE, 2006).

Desta forma o curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina tem como objetivo enquadrar, analisar e doutrinar os saberes e fazeres da Odontologia, essenciais para formar cirurgiões-dentistas aptos para o exercício de uma profissão moderna, promotora de saúde e baseada nos preceitos da ética, da moral, da ciência, da filosofia e, especialmente, voltada para realidade da população brasileira (AMANTE, 2006).

A alteração curricular foi embasada nas premissas de diversos autores que serão apresentados a seguir.

O mundo contemporâneo, ativo, exigiu que fosse revisto, como um desafio, o modelo de se recomendar saúde não apenas tratando as doenças. Foi importante que houvesse uma reformulação na definição de necessidades, que quebrasse a restrita visão técnica e individualista das causas de saúde e doença. Agora o profissional de saúde moderno deverá pensar e atuar em seu meio enxergando-o de forma mais crítica e

reflexiva considerando o contexto onde estão inseridos profissional e paciente (BADAN; MARCELO; ROCHA, 2010).

A necessidade de transformação decorre de elementos tais como as novas modalidades de organização do mundo de trabalho em saúde e as exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, os desafios da transdisciplinaridade na produção de conhecimento ou a necessidade de a universidade reconstruir seu papel social considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento no mundo atual (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Segundo Feuerwerker (2002) a perspectiva tradicional de ensino na educação superior desconhece as estratégias didático-pedagógicas ou as formas de ensinar problematizadoras, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes, ignorando a acumulação existente na educação relativamente à construção das aprendizagens e acerca da produção e circulação de saberes na contemporaneidade.

Em contrapartida a crítica acerca do projeto hegemônico de formação nas profissões de saúde não é de hoje. Em diversas carreiras, formaram-se manifestações organizadas de docentes e estudantes em busca e produção de melhores caminhos e estratégias para a inovação e transformação na orientação e na organização dos cursos. Quando do debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, as profissões da área de saúde mobilizaram-se de maneira expressiva. Concordando com o rompimento do modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras, os movimentos de transformação na graduação buscavam que a noção de diretrizes apontasse como possibilidade a desejável perspectiva transformadora da formação de profissionais de saúde (REDE UNIDA, 1999).

Segundo Costa (2007), no Brasil, devido às novas exigências do mercado de trabalho, com novos cenários de prática, se vive a interdisciplinaridade, efetuam-se ações educativas que estimulam a integração ensino-pesquisa-serviço, em busca de um comprometimento ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional, os quais almejam um profissional mais generalista e de formação mais ampla. Essa exigência implica em uma preocupação: a de redefinir a formação dos futuros profissionais, preparando-os para extrapolar o espaço da clínica e propor um diagnóstico sobre o coletivo e suas intervenções.

Todas essas transformações exigem alterações no protocolo de atendimento ao paciente. Estamos vivenciando uma época de valorização do ser humano, que preconiza uma melhor relação profissional-paciente. Portanto para executar esse relacionamento, é necessário gerar maneiras de atuação que proporcionem o melhor

conhecimento do paciente, personalizando o atendimento. O reconhecimento do perfil do paciente, interiorizado nos seus temores, nas suas angústias e na sua postura em relação ao atendimento odontológico. A sua suscetibilidade a mudanças psicossomáticas, com também outros fatores constituintes da sua identidade psicológica e social. São fatores indutores que poderão criar um ambiente de confiança do paciente no profissional, permitindo a realização do tratamento (AMANTE, 2006).

Feuerwerker (2002) relembra que as novas exigências na formação profissional em saúde, propõem um profissional fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competência dos egressos desses programas. O desafio de participar ativamente da construção desse novo perfil profissional para as carreiras da saúde vem constituindo uma importante abertura para a discussão das diferentes concepções de competência e, ainda, numa oportunidade de transformação da prática profissional.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004b) a formação para a área da saúde deve ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e equipar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, do coletivo e da população.

Lima (2005) salienta que as atuais políticas nacionais de saúde e de educação indicam como indispensáveis as alterações nos processos de formação profissional e têm estimulado e apoiado iniciativas no sentido de aumentar a responsabilidade social e da pactuação para a definição de competência e para o desenvolvimento das diretrizes curriculares nacionais.

Sendo assim as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Odontologia têm como objeto permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competência, habilidade e conteúdo, dentro das expectativas e abordagens atuais da formação condizentes e conciliáveis com as referências nacionais e internacionais, capazes de operar com qualidade, de forma eficaz e resolutiva no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira. Objetivando conduzir os alunos dos cursos de graduação em saúde o aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, confirmando o aprendizado de profissionais com autonomia e discernimento para garantir a integralidade da atenção e a qualidade e

humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2002).

Maltagliati e Goldenberg (2007) ressaltam que as Diretrizes Curriculares tornam a revalorizar a pesquisa no currículo de graduação. Fazendo com que ocorra um movimento de abertura à diversificação organizacional universitária, elas marcam uma mudança em relação ao modelo único de proposta de ensino acadêmico.

De acordo com Almeida (2003) as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde asseguram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Já Morita e Kriger (2004) lembram que especificamente no campo da odontologia, ocorre um atraso histórico em relação a outras áreas da saúde, nos movimentos de mudança dos modelos tradicionais de formação profissional.

Segundo Feuerwerker e Sena (1999) todas as universidades e outras instituições formadoras vêm sendo pressionadas por mudanças no processo de formação e na maneira como a universidade se relaciona com a sociedade. A necessidade de mudança decorre de elementos tais como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde e as exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, os desafios da transdisciplinaridade na produção de conhecimento ou a necessidade de a universidade reconstruir seu papel social considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento no mundo atual.

No mesmo sentido, Morin et al. (2005) citam que a universidade tem a incumbência e a função transecular que vão do passado ao futuro por intermédio do presente, tem a missão transacional que conserva, porque dispõe de uma autonomia que a consente efetuar esta missão, apesar do fechamento nacionalista das nações modernas.

Desta forma Santos e Westphal (1999) salientam que os movimentos de mudanças da educação dos profissionais de saúde colocam como perspectiva a existência de instituições formadoras com importância social, ou seja, escolas capazes de formar profissionais de qualidade, conectados às necessidades de saúde.

Para Cecílio e Feuerwerker (2007) as questões de aprendizagem devem ser importantes do ponto de vista social (cultural, epidemiológico, social, econômico, etc.), porque somente assim são capazes de propiciar a produção de conhecimento e a modelação de um perfil profissional que argumentem com a realidade social e com os problemas e as políticas de saúde do país.

No âmbito da educação salienta-se a reestruturação do ensino superior reorientando o seu papel de atender às novas demandas sociais, no que tange às evoluções científico-tecnológicas, mudanças do mundo do trabalho, bem como, ao processo de organização social (SANTOS et al., 2005).

Este novo contexto de ensino trás como enfoque a promoção da saúde – definida na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde como "um processo que confere ao povo os meios para assegurar um maior controle e melhoria de sua própria saúde, não se limitando a ações de responsabilidade do setor saúde" (CARTA de OTTAWA, 1986).

Propondo habilitação das pessoas para uma gestão mais autônoma da saúde e dos determinantes da mesma (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

A promoção da saúde, é vista como uma estratégia auspiciosa para enfrentar os diversos problemas de saúde que atingem as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma compreensão ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe à articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Em contrapartida, Melo (2005) destaca que além daquelas ações específicas de promoção, de prevenção, de reabilitação e de recuperação, a saúde tem que ser exercida como um direito social.

Além da promoção de saúde as novas diretrizes curriculares propõem também maior autonomia acadêmica curricular, desta forma Rodrigues (2001) afirma que o sujeito se torna autônomo, no primeiro plano, quando capaz de instituir relações de equilíbrio racional entre suas emoções e paixões. Da mesma maneira, ao se tornar capaz para assumir a responsabilidade pelo próprio corpo e as relações equilibradas com o mundo natural. E, acima de tudo, quando decidir e optar livremente os meios e os objetivos de seu desenvolvimento intelectual e as formas de inserção no mundo social.

Petroianu (2000) e Sung e Silva (1995) lembram que a espécie humana, ao contrário dos demais animais, é dotada de liberdade. Ela responde aos acontecimentos mediante prévia reflexão e não espontaneamente como as demais espécies. Tal liberdade deve vir acompanhada pela responsabilidade, pois, ao fazer escolhas, o indivíduo deverá estar apto a arcar com suas consequências.

Há também a necessidade de um aprendizado constante, de acordo com Constituição da República Federativa do Brasil (1988) e com a Lei nº 9.394 que estabelece as diretrizes e bases da educação

nacional (1996) o dever do Estado para com a educação assegura como atribuição do sistema educacional nacional a garantia dos padrões de qualidade do ensino, a vinculação entre a formação, o trabalho e as práticas sociais e, ainda, a integração das ações do poder público que conduzam à melhoria da qualidade do ensino, à formação para o trabalho e à promoção humanística, científica e tecnológica do país (BRASIL, 1996).

Este aprendizado constante caminha junto com a Educação Permanente em Saúde que constitui uma estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de expandir e semear a capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola (CECCIM, 2005).

Em conjunto com aprendizado, o cuidado humanizado deve fazer parte desse novo contexto de saúde segundo Ayres (2004), quase sempre que se fala de cuidado, humanização ou integralidade relaciona um conjunto de princípios e estratégias que orientam, ou devem orientar a relação entre um sujeito, o paciente, e o profissional de saúde que lhe atende.

Deslandes (2004) ressaltou que já existem em cursos na saúde coletiva brasileira métodos dessa natureza ligados à reconstrução das práticas de saúde, em especial aquele que gira em torno das proposições da chamada humanização da atenção à saúde.

Ainda que o crescimento científico e tecnológico no setor da saúde apresente formas sofisticadas de prevenção e tratamento das doenças e medidas verdadeiramente efetivas de intervenção ordenadas em práticas gerenciadas por serviços de saúde e equipes multiprofissionais, não se pode confiar nas mais refinadas tecnologias sem escutar a vida concreta e cotidiana, como individualmente vivida, daqueles que vêm aos serviços e às equipes de saúde (CECCIM, 1997).

As novas exigências na formação profissional em saúde estão refletidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em várias carreiras, com um novo perfil profissional fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competência dos egressos desses programas (LIMA, 2005).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, determinam que a formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais e específicas (BRASIL, 2002).

Habilidades gerais:

- Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles cedidas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisão, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma

forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e,

- Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Entre as capacidades específicas a serem formadas, estão aquelas necessárias para colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico; identificar as afecções bucomaxilofaciais prevalentes; desenvolver o raciocínio lógico e a análise crítica na conduta clínica; propor e executar planos de tratamento adequados; realizar a promoção e manutenção da saúde; comunicar-se com pacientes, com profissionais de saúde e com a comunidade em geral, dentro de preceitos éticos e legais; trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde; planejar e administrar serviços de saúde coletiva; acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão (BRASIL, 2002).

Desta forma o egresso/profissional na área da Odontologia deve ter o seguinte perfil, cirurgião-dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. A formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe (BRASIL, 2002).

Segundo Santos et al. (2005), a construção do novo perfil profissional baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais, ou seja, no conjunto das competências necessárias para a formação de um profissional flexível que acompanhe, de forma sistemática e crítica, os constantes desafios tecnológicos e as transformações ocorridas na sociedade e no mundo do trabalho.

Essa metamorfose nos conceitos e as práticas de saúde que orientam o processo de formação são necessárias para criar profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

No mesmo sentido Feuerwerker (2002), ainda aponta que a possibilidade de atenção integral implica num aumento dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na estruturação de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Ressalta que a atenção integral exige mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se amplie efetivamente sua autonomia).

Aceitando a integralidade como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde e, por que não, de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, proporcionando o surgimento de novas experiências na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Neste contexto, Minayo (2000), comenta que o campo da saúde se refere a uma realidade múltipla que demanda conhecimentos diferentes, que integrados, tornam-se mais rápidos e resolutivos na intervenção.

Gondim (2002) relembra que em um curso da área da saúde, observa-se a relação de integração entre os cursos afins, onde o paciente é visto como um todo (visão sistêmica) e, não simplesmente como uma parte (visão cartesiana).

Na atenção integral a intersectorialidade evidencia-se como um importante elo que liga as demais áreas do conhecimento, para Buss, (2000), a intersectorialidade procura ir além da visão isolada e fragmentada na criação e execução de políticas e na organização do setor saúde. Adotando dessa forma uma perspectiva global para a análise da questão saúde, e não somente do setor saúde, aumentando o número de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas.

Esse entendimento coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como indispensáveis e uma estratégia mais executável e desejável do que a tentativa de formar superprofissionais de saúde, criar profissionais competentes para o atendimento de toda e qualquer necessidade dos usuários (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Quanto mais praticada a interdisciplinaridade e maiores as pactuações interinstitucionais, quanto mais diversificados os cenários de

aprendizagem e os fatores de exposição dos alunos (não mais somente o professor, o livro, a pessoa internada ou no ambulatório-escola), maior a instauração de possibilidades à integralidade das práticas em saúde (FEUERWERKER, 2003).

Consiste, entretanto, na árdua tarefa de passar de um trabalho individual e compartimentado nos ramos da ciência para um trabalho coletivo. Supõe a compreensão dos pensamentos e das ações desiguais e, sobretudo, pressupõe considerar a exigência de pontos comuns entre as pessoas que pretendam realizar a ação interdisciplinar (MENDES; WESTPHAL, 2000).

Nessa perspectiva Nóvoa (1992) salienta que a relação teoria e prática é fundamental na elaboração dos saberes dos futuros profissionais, pois, não se trata de mobilizar a experiência apenas numa dimensão pedagógica, mas também num quadro conceptual de produção de saberes. Os futuros profissionais necessitam, ao longo da graduação, entender os elementos teóricos dos diferentes componentes curriculares que compõem sua área de atuação, porém esse entendimento não se dá de forma mecânica pela repetição ou memorização de conteúdos e sim pela reflexão diante da realidade, pela pesquisa e construção de um conhecimento seu a partir dos conhecimentos previamente estudados.

Nesse sentido, tanto os processos de formação como os de certificação profissional e de acreditação institucional, também colocam a questão da competência no campo dos conflitos de interesse, das relações sócio-econômicas, das disputas ideológicas e de poder nas sociedades (RIBEIRO, 2003; HERNÁNDEZ, 2002).

Segundo Martins (2000), atividades de pesquisa, ensino e extensão devem ser cada vez mais motivadas, com vistas à formação de um profissional em odontologia voltado para a prática mais humana e democrática, e que, por meio das ações coletivas, venha a devolver à comunidade pelo menos parte do que foi investido na sua formação.

Assim, como traços do perfil profissional da área da saúde, que o mercado de trabalho hoje exige podemos citar: desenvolver uma visão crítica e reflexiva sobre sua profissão e suas práticas, se apropriar de saberes das ciências humanas e sociais capazes de favorecer essa criticidade e reflexividade, manter e renovar permanentemente os saberes técnicos, somando a eles outros conhecimentos como a epidemiologia, técnicas de abordagens de grupos, práticas interdisciplinares e multiprofissionais, ampliar os domínios da saúde coletiva, gestão de saúde e planejamento segundo as diretrizes do SUS, incorporar conhecimentos de educação e promoção de saúde, de técnicas

pedagógicas, de modo que a atenção à saúde seja favorecida (COSTA; ARAÚJO, 2011).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal criado pelo Ministério da Saúde (2006), as competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal (cirurgiões dentistas, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário) que atuam na atenção básica do Sistema Único de Saúde são: realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; contribuir e participar das atividades de educação permanente do técnico em higiene dental, auxiliar de consultório dentário e equipe de saúde da família; realizar supervisão técnica do técnico em higiene dental, auxiliar de consultório dentário e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde.

Dessa forma espera-se formar profissionais críticos, aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, capazes de trabalhar em equipe e de levar em conta a realidade epidemiológica e social para, embasados nesses princípios, prestar uma atenção à saúde mais humana e de qualidade (COSTA; ARAÚJO, 2011).

Com base nos dados citados anteriormente o presente estudo trás como principal objetivo avaliar a reforma curricular do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, os quais estão ingressos nessa nova concepção de Odontologia direcionada para o diagnóstico, a interdisciplinaridade, a integralidade e a atenção básica à saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a reforma curricular do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar os conhecimentos de diagnóstico de alunos do antigo e de alunos do novo currículo de Odontologia da UFSC.
- Verificar a opinião dos alunos sobre o ponto forte do ensino no curso de Odontologia UFSC.
- Verificar as aptidões dos estudantes como futuros profissionais.

3. METODOLOGIA

O projeto desta pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, o qual foi julgado e aprovado de acordo com o parecer de nº 0584/GR/99 (ANEXO A). De acordo com o projeto aprovado, os estudantes foram convidados a participar da pesquisa, receberam uma explicação breve, informados sobre a sua natureza e fidelidade. Em seguida receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e somente aqueles que o assinaram participaram da pesquisa (APÊNDICE A).

Para avaliar e comparar os conhecimentos de diagnóstico dos alunos do antigo e dos alunos do novo currículo de Odontologia da UFSC foi aplicado um questionário, contendo 20 questões objetivas sobre diagnóstico em Odontologia (APÊNDICE B). As questões foram selecionadas do Provão do Sistema Nacional de Avaliação de Ensino Superior dos anos de 2000, 2001, 2002 e 2003.

Após o questionário os alunos responderam também quatro questões objetivas a respeito das suas opiniões em relação ao ponto forte no ensino do curso de Odontologia da UFSC e sobre suas aptidões profissionais.

Os participantes foram divididos em dois grupos, sendo estes chamados de grupo I e grupo II.

O grupo I foi formado por 45 alunos, os quais ingressaram na universidade no segundo semestre de 2006 e colaram grau no final do ano de 2010. Estes alunos estavam cursando a nona fase e compõem a última turma do currículo antigo de Odontologia da universidade.

O grupo II foi formado por 45 estudantes, os quais ingressaram na universidade no primeiro e segundo semestre de 2007. Estes compõem as duas primeiras turmas do novo currículo, fazendo parte da décima e nona fase respectivamente.

Após a realização do questionário as pontuações foram analisadas estatisticamente através do programa epiData e transportadas para o Excel.

4. RESULTADO

A pesquisa contou com a participação de 90 estudantes, dos quais 24 eram do sexo masculino e 66 do sexo feminino, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1- Participante em relação ao sexo

Sexo	Frequência	Porcentagem
Masculino	24	64,4
Feminino	66	35,5
Total	90	100

FONTE: Alunos dos grupos I e II

Os participantes da pesquisa representaram dois grupos, o grupo I, composto pelos alunos do currículo antigo de odontologia da UFSC e o grupo II, formado pelos alunos do novo currículo de odontologia da UFSC, representados na Tabela 2.

Tabela 2- Total de representantes por grupo

Grupo	Nº de Participantes	Porcentagem
Grupo I	45	50
Grupo II	45	50
Total	90	100

FONTE: Alunos dos grupos I e II

A faixa etária dos alunos variou entre 21 e 43 anos, a média de idade foi de 23,96 com um desvio padrão de 3,092, para melhor compreensão as idades foram divididas em categorias como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3- Média de idade dos participantes

Idade em categorias	Frequência	Porcentagem	Média de idade
21-23	58	64,4	-
24-43	32	35,6	-
Total	90	100	23,96

FONTE: Alunos dos grupos I e II

A proporção de acertos de cada questão, contida no questionário em relação aos grupos I e II está expressa na Tabela 4.

Tabela 4- Proporção de acertos de cada questão dos grupos I e II

Tema da Pergunta	Proporção de acertos		*Valor de p	Proporção global de acertos
	Grupo I	Grupo II		
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	22,2	48,9	0,105	35,5
Cárie e universo do paciente	91,1	86,7	0,289	88,9
Lesões precursoras do câncer bucal	57,8	64,5	0,614	61,1
Período gestacional	80,0	93,3	0,217	86,7
Pulpite	95,5	80,0	0,088	87,8
Tuberculose e manifestações bucais	53,3	53,3	0,458	53,3
Doença periodontal	66,6	57,8	0,205	62,2
Aspecto técnico versus prevenção	77,7	88,9	0,467	83,3

Herpes	46,6	46,6	0,719	46,6
Abscesso	86,6	91,1	0,783	88,9
Fístula com endodontia	44,4	37,8	0,967	41,1
Otite e consequências dentais	55,5	62,2	0,753	58,9
Hipertensão Arterial Sistólica	86,6	93,3	0,305	90,0
Bulimia	88,9	86,7	1,000	87,8
Vitaminas	35,5	24,4	0,022	30,0
Odontoma	84,4	71,1	0,204	77,8
HPV	55,5	75,5	0,104	65,5
Granuloma células gigantes	53,3	64,4	0,351	58,9
Teste de percussão diagnóstico	84,4	91,1	0,652	87,8
Anestesia	91,1	93,3	1,000	92,2

*p< 0,05 diferença estatisticamente significativa

FONTE: Questionário sobre diagnóstico em odontologia

A questão relacionada à Síndrome da Imodeficiência Adquirida foi a que apresentou o maior número de erros 77,8% e a questão relacionada ao diagnóstico de pulpíte 95,5% foi a que apresentou o maior número de acertos no grupo I.

No Grupo II a prevalência de acertos se manteve sobre três questões na mesma proporção, sendo estas as relacionadas à lesão comum no período gestacional, a conduta profissional diante de um paciente hipertensivo e as consequências diante do nervo facial caso a anestesia do nervo alveolar inferior seja realizada de maneira incorreta 93,3% já maior proporção de erros se manteve de erros sobre a questão relacionada às manifestações bucais associadas a deficiência da vitamina B 24,4%.

Os estudantes do grupo I totalizaram uma média de acertos de 13,57 pontos, número este que corresponde a 67,85% do total de questões, já os alunos do grupo II obtiveram uma média de 14,11 pontos, que corresponde a 70,55% do questionário como pode ser observado na Tabela 5.

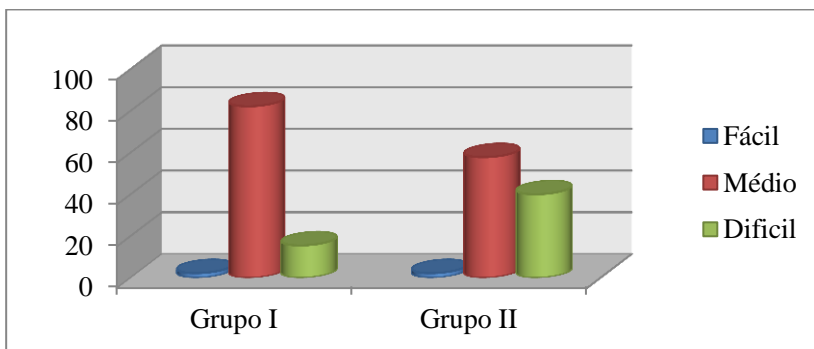
Tabela 5- Média de acertos dos grupos I e II

Grupos	Média de acertos por grupo	Porcentagem total no questionário
Grupo I	13,57	67,85
Grupo II	14,11	70,55

FONTE: Questionário sobre diagnóstico em odontologia

Após as perguntas sobre diagnóstico em Odontologia os alunos responderam a questões como: 1) o grau de dificuldade do questionário, 2) tipo de problema que se deparou ao respondê-lo, 3) como explicaria seu desempenho no mesmo, 4) o ponto forte do curso de graduação da Universidade, 5) no que se sente mais apto para trabalhar ao se formar, 6) as três áreas do conhecimento, nas quais se sente mais preparado para atuar e 7) como classifica o curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

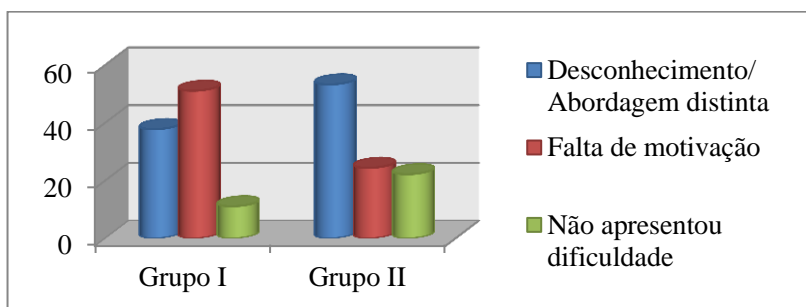
Em relação ao nível de dificuldade do questionário 37 alunos do grupo I 82,22% e 26 do grupo II 57,78% o classificaram de nível médio, uma proporção de 2,22% de ambos os grupos o classificou como fácil, já 15,56% dos estudantes do grupo I e 40% dos estudantes do grupo II o consideram difícil como pode ser observado no Gráfico 1.

Gráfico 1- Grau de dificuldade da prova

FONTE: Pergunta 1 do questionário opinião do questionário, aptidões profissionais e opinião do curso

Em relação ao tipo de problema que observou ao responder o questionário os alunos do grupo I apontaram a falta de motivação 51,1% como principal fator, no grupo II essa alternativa foi assinalada por 24,4% dos estudantes, o desconhecimento do conteúdo ou abordagem diferente da qual aprendeu foi apontado pela maioria dos estudantes do grupo II 53,3% sendo assinalada por apenas 37,8% dos componentes do grupo I. Cinco alunos do grupo I 11,1% e dez alunos do grupo II 22,2% responderam não ter tipo qualquer dificuldade em responde-lo conforme o Gráfico 2.

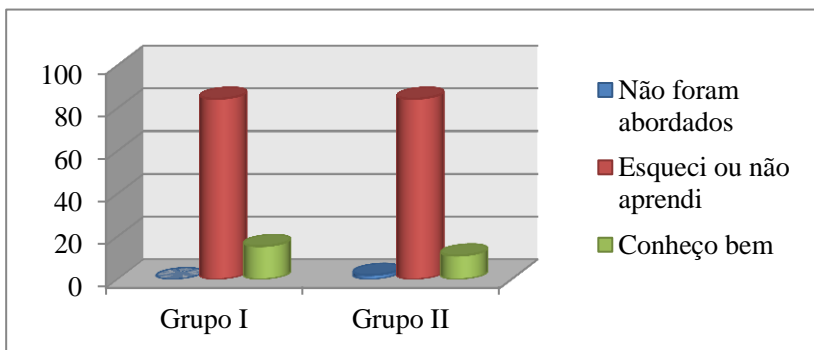
Gráfico 2- Problema que se deparou ao responder o questionário



FONTE: Pergunta 2 do questionário opinião do questionário, aptidões profissionais e opinião do curso.

Ao serem questionados de como explicariam seu desempenho no questionário nenhum dos alunos do grupo I optou pela alternativa que dizia que os conteúdos não tinham sido abordados durante a graduação. Já 4,4% do grupo II assinalaram tal alternativa. Entretanto 38 estudantes tanto do grupo I como do grupo II (84,4%) disseram que esqueceram ou não os aprenderam bem, já (15,5%) do grupo I e (13,3%) do grupo II responderam que os conhecem bem como pode ser observado no Gráfico 3.

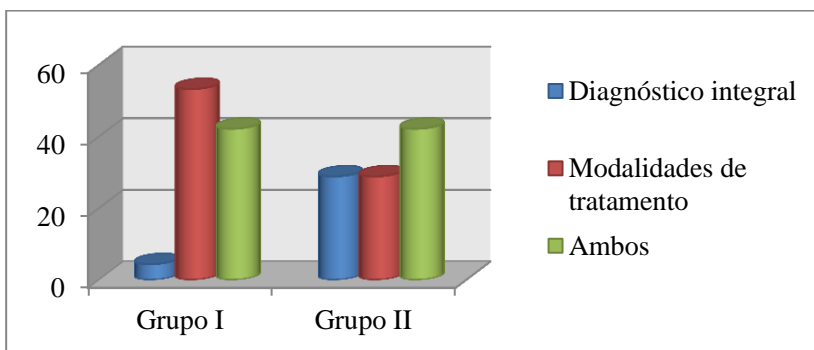
Gráfico 3- Como explica seu desempenho no questionário



FONTE: Pergunta 3 do questionário opinião do questionário, aptidões profissionais e opinião do curso.

Em relação ao ponto forte do curso de graduação da UFSC 4,4% dos componentes do grupo I disseram ser o aprendizado em diagnóstico integral, 53,3% em modalidades de tratamento e 42,2% em ambos, já no grupo II 28,9% em diagnóstico integral, 28,9% em modalidades de tratamento e 42,2% em ambos conforme o Gráfico 4.

Gráfico 4- Ponto forte do curso de graduação da UFSC

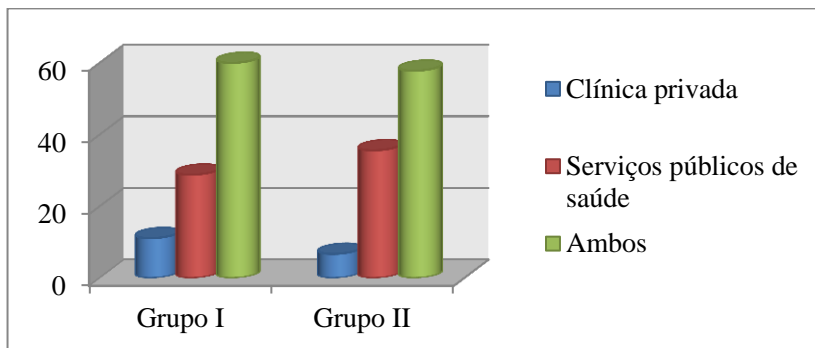


FONTE: Pergunta 4 do questionário opinião do questionário, aptidões profissionais e opinião do curso.

Ao concluir o curso 11,1% dos estudantes do grupo I disseram se sentir mais capacitado para trabalhar na clínica privada, 28,9% nos serviços públicos de saúde e 60% em ambos, no grupo II 6,7% sentem-se mais capacitados para trabalhar na clínica privada, 35,6% nos

serviços públicos de saúde e 57,8% em ambos, podemos observar essa relação no Gráfico 5.

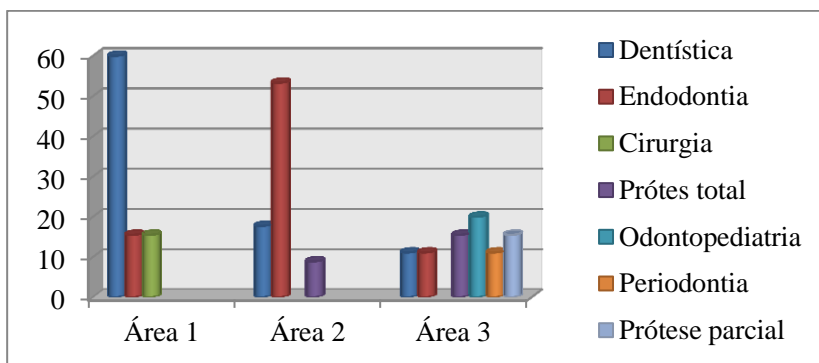
Gráfico 5- Ao concluir o curso de graduação sente-se capacitado para atuar



FONTE: Pergunta 5 do questionário opinião do questionário, aptidões profissionais e opinião do curso.

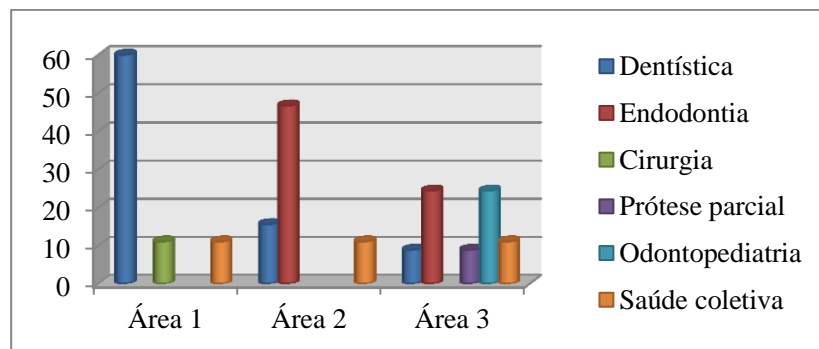
Em relação às áreas do conhecimento, os estudantes indicaram as três que se sentem mais preparados para atuar. A maioria dos estudantes do grupo I optou pela dentística, seguida pela endodontia e como terceira opção a maioria escolheu a odontopediatria. Os alunos do grupo II também optaram em sua maioria pela dentística, seguida pela endodontia e a odontopediatria respectivamente como pode ser observado nos Gráficos 6 e 7.

Gráfico 6- Áreas do conhecimento que o grupo I se sente mais preparado para atuar em ordem crescente



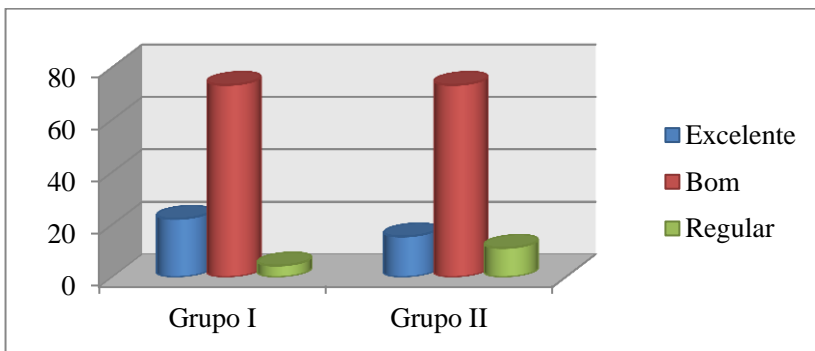
FONTE: Pergunta 6 do questionário opinião do questionário, aptidões profissionais e opinião do curso.

Gráfico 7- Áreas do conhecimento que o grupo II se sente mais preparado para atuar em ordem crescente



FONTE: Pergunta 6 do questionário opinião do questionário, aptidões profissionais e opinião do curso.

A maioria dos estudantes do grupo I 73,3% considera o curso da UFSC bom, 22,2% o consideram excelente e 4,4% regular, já no grupo II 73,3% o classificam como bom, 15,5% como excelente e 11,1% com regular como pode ser observado no Gráfico 8.

Gráfico 8- Considera o curso de odontologia da UFSC

FONTE: Pergunta 7 do questionário opinião do questionário, aptidões profissionais e opinião do curso.

5. DISCUSSÃO

As necessidades de renovação acompanhadas das intensas mudanças do mundo moderno fizeram com que o currículo do curso de Odontologia da UFSC passasse por transformações (AMANTE, 2006).

Os problemas relacionados ao modelo dominante de formação na área de Odontologia motivou discussões no meio acadêmico e profissional visando à necessidade de mudanças no sentido de proporcionar a melhoria da saúde bucal da população brasileira (ABENO, 2002).

No mesmo sentido Morita e Kriger (2006) enfatizam que o próprio conceito do processo saúde-doença precisa ser adequado, com um melhor entendimento da promoção de saúde, da prevenção e do controle das doenças, dos meios de diagnóstico e de tratamento e, principalmente, da manutenção da saúde.

Neste estudo foram avaliados os conhecimentos de diagnóstico dos alunos do currículo antigo (grupo I) e dos alunos do currículo novo (grupo II) de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, através de um questionário contendo vinte questões objetivas.

O presente estudo demonstra que o grupo I obteve uma média de acertos de 13,57 pontos que corresponde a 67,85% do questionário, já o grupo II obteve uma média de 14,11 pontos valor este que corresponde a 70,55%, o que nos remete a pensar que mesmo o grupo II obtendo uma maior porcentagem de acertos (Tabela 5), esta não foi estatisticamente significativa em relação ao grupo I, ainda que os grupos não tenham apresentado diferença estatisticamente significativa em seus resultados ambos os grupos obtiveram uma media relevante de acertos que vai de encontro com a afirmação de Rodrigues e Serpa (2001) que a Odontologia vem intensificando investigações e estudos que permitem ao profissional a mais adequada compreensão do paciente e das suas circunstâncias. A humanidade ingressou numa era onde a interação entre as ciências projetou o aprimoramento da vida. Este processo exige um conhecimento mais amplo e seguro, de relações psicossociais e intra/interpessoais de forma a relacioná-las com o quadro clínico apresentado pelo paciente. No entanto Morita e Kriger (2004) lembram que no campo da Odontologia os movimentos de mudança dos modelos tradicionais de formação profissional são mais recentes em relação às outras áreas da saúde. Reforçando os dados desta pesquisa a compreensão do paciente e das suas circunstâncias segundo Matos (2006) é imprescindível para favorecer a execução de procedimentos odontológicos, auxiliando diagnósticos de doenças bucais e favorecendo

o processo educativo no sentido de manter-se em saúde, talvez refletindo sobre estas questões não seja possível conceber as técnicas odontológicas apenas com uma função instrumental e como meio de subsistência, mas também como meio de trazer qualidade de vida para as pessoas; se incorporarmos a ela valores humanos. Neste sentido Feuerwerker e Sena (1999) afirmam que as mudanças no campo da Odontologia são resultado de elementos como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde. Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal as ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde. O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. Por isso, os serviços de saúde, especialmente os do nível primário de assistência, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde – diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2004).

Neste estudo também se verificou a opinião dos estudantes em relação ao ponto forte de ensino do curso de Odontologia da UFSC (Gráfico 4), o qual apresentou diferença estatisticamente significativa. Os alunos do grupo I apontaram em sua maioria o aprendizado em modalidades de tratamento 53,3%, já no grupo II essa alternativa foi assinalada por apenas 28,9%. Dos 45 estudantes do grupo I somente (4,4%) disseram ser o aprendizado em diagnóstico integral, em contrapartida esta alternativa foi assinalada por 28,9% dos estudantes do grupo II e 42,2% tanto do grupo I como do grupo II responderam que o ponto forte do curso é tanto o aprendizado em diagnóstico integral como em modalidades de tratamento. Desta forma podemos observar uma maior prevalência no aprendizado em diagnóstico integral no grupo II, resultado este de grande relevância para esta pesquisa, sobretudo por esta ter como objetivo avaliar o novo currículo de odontologia da UFSC, neste sentido Buss (2000) salienta que na atenção integral evidencia-se como uma ponte que liga as demais áreas do conhecimento. Para Pinheiro e Luz (2003) aceitar a integralidade como objetivo norteador de novas formas de agir em saúde e, por que não, de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, proporcionando o surgimento de novas experiências e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais. Gondim (2002) relembra que em um curso da área da saúde, observa-se a relação de integração, onde o paciente é visto como um todo e, não simplesmente como uma parte. Feuerwerker

(2002) aponta que a possibilidade de atenção integral implica num aumento dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na estruturação de seu repertório de compreensão e ação. Em paralelo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Ressalta que a atenção integral exige mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se amplie efetivamente sua autonomia).

Quando questionados sobre onde gostariam de trabalhar ao concluir o curso (Gráfico 5), os resultados são semelhantes em ambos os grupos, 11,1% dos estudantes do grupo I e 6,7% do grupo II disseram ser na clínica privada, 28,9% do grupo I e 35,5% do grupo II responderam ser em serviços públicos de saúde, já aproximadamente 60% dos alunos de ambos os grupos responderam tanto na clínica privada como em serviços públicos de saúde. De acordo com os resultados do trabalho de Matos (2006) quando os alunos são questionados acerca dos seus planos profissionais ao se expressarem mais especificamente, os planos que mais se destacam são: o desejo de fazer especialização/mestrado/doutorado (26,8%) e ir para o serviço público (25,5%) e, em menor proporção, trabalhar como autônomo (11,2%) e em clínicas privadas, terceirizando a sua mão de obra (8,5%). Do mesmo modo no trabalho realizado por Unfer (2004) apenas uma minoria pretende exercer exclusivamente a clínica particular. Neste sentido Koide et. al.(2004) afirmam que os recém-formados têm receio em abrir a sua própria clínica e estão incertos se conseguirão arcar com todos os encargos e despesas em sua pesquisa 50% dos profissionais que tinham até dois anos de formados exerciam suas atividades clínicas como empregados de outros profissionais ou instituição. Para Chaves (2005), as dificuldades de ingresso no mercado privado têm evidenciado o trabalho no setor público como uma boa alternativa.

Procurou-se neste estudo identificar quais áreas do conhecimento os estudantes apontam como as que se sentem mais capacitados para atuar ao se formar (Gráficos 6 e 7). Os resultados tanto do grupo I como do grupo II foram muito semelhantes, no grupo I as áreas mais indicadas pelos estudantes foram dentística, endodontia, cirurgia, prótese total, odontopediatria e periodontia, sendo a dentística, seguida pela endodontia e odontopediatria (60%, 53,3% e 20% respectivamente aquelas com maior prevalência). No grupo II as áreas mais indicadas foram as mesmas do grupo I exceto a periodontia, já que no grupo II predominou a saúde coletiva (60%, 46,7% e 24,4% para

dentística, endodontia e odontopediatria respectivamente). Observou-se que a saúde coletiva não foi citada pelo grupo I, no entanto no grupo II ela manteve a mesma popularidade 11,1% quando citada como opção 1, 2 ou 3. Concordando com estes resultados Matos (2006) observou em sua pesquisa elevado interesse dos alunos por disciplinas e temas da área Clínica (74,8% e 74,4%, respectivamente) e o baixo nível de interesse pelas disciplinas e temas das áreas de ciências humanas 0,8% e saúde coletiva 8,4%). O autor ressalta que esses resultados, refletem a própria organização curricular dos cursos, uma vez que estes apresentam uma maior proporção de disciplinas clínicas. Esta condição parece necessária para uma boa formação técnica dos alunos e também refletem que o currículo oculto vai guiando os alunos durante quase todo o processo de formação. O valor que se atribui à formação competente está fundamentado no componente técnico-científico e todo conhecimento ou prática que esteja inserida fora desse contexto é considerado aprendizado marginal. Embora não apareça de forma amplamente significativa os interesses por saúde coletiva estão crescendo entre os estudantes de Odontologia. Interessante é que este critério somente se manifestou no grupo II, ou seja, nos estudantes do novo currículo. Diante desse fato Silva (2010) lembra que é importante tratar assuntos dentro do contexto social, formando profissionais com capacidade para atuar em todos os níveis de atenção à saúde e não exclusivamente para atuar numa prática clínica, sem considerar os aspectos demográficos e suas consequências epidemiológicas.

A maioria dos estudantes entrevistados de ambos os grupos 73,3% considera o curso de odontologia da UFSC bom, 22,2% do grupo I e 15,5% do grupo II o consideram excelente e 4,4% do grupo I e 11,1% do grupo II o consideram regular.

Esse fazer e refazer revela o caráter processual e dinâmico da elaboração de uma reorganização curricular e a existência, por trás dele, de um processo de avaliação permanente do que já se consagrou como prática e fazer docente, a fim de legitimar o que permanece e o que muda no futuro. A avaliação de um currículo em vigor inaugura o processo de reorganização curricular, mas não se esgota nesse momento inicial. Em outras palavras, todas as decisões subsequentes à avaliação inicial, a avaliação diagnóstica, dependem dela, mas ao mesmo tempo a retomam e a reconstróem (RIBEIRO; SILVA, 2007). Como discute Cappelletti (2002), currículo é um processo abrangente, complexo e dinâmico que ultrapassa as grades curriculares e envolve pessoas e suas relações durante a participação no processo educativo.

A análise neste estudo sugere que o preparo do aluno do curso de Odontologia da UFSC, nos aspectos relacionados à Reforma Curricular está passando por transformações de forma gradual, ou seja, está em transição. Sabe-se que um processo de mudança envolvendo pessoas não é efetuado de forma rápida e completa. Necessita de avaliações frequentes e permanentes. Portanto, este trabalho contribui para a reflexão deste processo.

Quanto a limitação deste estudo podemos destacar o fato da Reforma Curricular ser uma questão ainda recente e em construção no curso, por ter sido observado somente por três aspectos da mesma, seria interessante que novos estudos fossem realizados de forma mais abrangente envolvendo, alunos, docentes e demais contribuintes do processo. Por outro lado, a maior contribuição deste estudo é que mesmo não obtendo valores de extrema significância observou-se que alguns aspectos da reforma curricular como o aprendizado em diagnóstico integral vem fazendo parte do dia a dia dos futuros profissionais que participaram desta pesquisa.

6. CONCLUSÃO

Com base nos métodos empregados e nos resultados obtidos, conclui-se que:

Em relação aos conhecimentos de diagnóstico em Odontologia ambos os grupos apresentaram resultados semelhantes com uma media de aproximadamente setenta por cento.

O curso de Odontologia da UFSC vem mudando seu foco de ensino, sendo este direcionado para o aprendizado diagnóstico integral, nos diferentes níveis de complexidade.

A maior parte dos estudantes pretende sair da universidade e trabalhar nos serviços públicos de saúde associado a clinica privada.

Tanto os estudantes do grupo I como do grupo II apontam as disciplinas clínicas em especial a dentística, endodontia e odontopediatria, respectivamente como aquelas que se sentem mais preparados para atuar. Não obstante a este fato a saúde coletiva vem se destacando no grupo II como uma tendência para esta nova geração de profissionais.

Finalmente conclui-se que a reforma curricular analisada sob os aspectos discutidos no presente estudo está evoluindo. Este é um processo em andamento, sendo interessante a realização de novos estudos para avaliar a efetividade deste processo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Rede Unida, Londrina, 2003.

AMANTE, J.C. **Projeto político pedagógico do curso de graduação em odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO ENSINO ODONTOLÓGICO. **Evolução dos Cursos**. Disponível em: < <http://www.abeno.org.br/> >. Acesso em 10 de setembro de 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO ENSINO ODONTOLÓGICO. **Análise sobre as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em odontologia**. Rev ABENO, v.1, n.3, p.35-8, 2002.

AYRES, J.R.C.M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde e Sociedade, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.16-29, 2004.

BADAN, D.E.C., MARCELO, V.C., ROCHA, D.G. **Percepção e utilização dos conteúdos de saúde coletiva por cirurgiões-dentistas egressos da Universidade Federal de Goiás**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, 2010.

BITENCOURT, E. **A Odontologia de 1990 até nossos dias**. Florianópolis, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 9.394. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. **Ministério da Educação. Resolução no 3/02 CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0302Odontologia.pdf>>. Acesso em: 10 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei orgânica da saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1996. _____. **Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Tradução de L.E. Fonseca. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica nº17**. Saúde Bucal. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BUSS, P.M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAPPELLETTI, I.F. **Avaliação de currículos e possibilidades**. In: **Avaliação de Políticas e práticas educacionais** (Cappelletti, I.F.ORG.), São Paulo, Editora Articulação Universidade/Escola Ltda, 2002.

CECCIM, R.B. **Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida**. In: Ceccim R. B, Carvalho P. R. A, organizadores. Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade, p. 27-41, 1997.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.4, 2005.

CECCIM, R.B., FEUERWERKER, L.C.M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004a.

CECCIM, R.B., FEUERWERKER, L.C.M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

CHAVES, S.C.L. **A atenção à saúde bucal, a descentralização e o espaço social**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, 2005.

COSTA, I.C.C. **Os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento das ações de saúde: algumas reflexões e confluências**. Rev da ABENO, v. 7, n.2, p.122-129, 2007.

COSTA, I.C.C., ARAÚJO, M.N.T. **Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.1, 2011.

DESLANDES, S.F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 9, n.1, p. 7-14, 2004.

FEUERWERKER, L.C.M., SENA, R.R. **A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social.** In: FEUERWERKER L, ALMEIDA M, LLANOS, C.M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.** Tomo 1 - Um olhar analítico. São Paulo: Editora Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial/Londrina: Editora UEL, p. 47-81, 1999.

FEUERWERKER, L.C.M. **Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde.** Caderno de Currículo e Ensino, n. 2, p. 11-23, 2001.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso de mudança da Educação Médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. **Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde.** Olho Mágico, n. 10, p. 21-6, 2003.

FEUERWERKER, L.C.M., CECÍLIO, L.C.O. **O hospital e a formação em saúde: desafios atuais.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.4, 2007.

GONDIM, S.M.G. **Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com a formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários.** Estudos de psicologia, v.7, n.2, p.299 – 309, 2002.

HERNÁNDEZ, D. **Políticas de certificación de competencias em América Latina.** Boletín Técnico Interamericano de Formación Profesional. Montevideo, n.152, 2002.

KOIDE, E.R., PARANHOS, L.R., QUINTELA, R.S. **Análise do perfil profissional na odontologia.** Revista Paulista de Odontologia. Ano XXVI, n. 3, p. 17- 22, 2004.

LIMA, V.V. **Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde.** Interface, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005.

MALTAGLIATI, L.A., GOLDENBERG, P. **Reforma curricular e pesquisa na graduação em odontologia: uma história em construção.** Hist. Ciênc. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2007.

MARTINS, C.B. **O ensino superior brasileiro nos anos 90.** São Paulo Perspec., São Paulo, v. 14, n. 1, p. 41-60, 2000.

MATOS, M.S de. **Análise do perfil dos alunos e da dimensão éticohumanística na formação de cirurgiões-dentistas em dois cursos de Odontologia da Bahia.** Tese de Pós-graduação em Educação. Salvador, 2006.

MELO, E.M. **Ação comunicativa, democracia e saúde.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, p.167-178, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7ª edição, São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MORIN, E., et al. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MORITA, M.C, KRIGER, L. **Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS.** Revista da ABENO, Taguatinga/DF, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004.

MORITA M.C, KRIGER L. A relação ensino e serviços de odontologia. **In: Carvalho A.C.P, Kriger L. Educação odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, p. 129-39, 2006.

NÓVOA, A. **Os professores e sua formação.** Lisboa: D. Quixote, p. 15-34, 1992.

PETROIANU A. **Ética, moral e deontologia médicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PINHEIRO, R., LUZ, M.T. **Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, p. 7-34, 2003.

REDE UNIDA. **Sobre a proposta de diretrizes curriculares para a medicina**. Olho Mágico, n. 5, p. 11-3, 1999.

RIBEIRO, E.C.O. **Representações de alunos e docentes sobre as práticas de cuidado e de formação: uma avaliação de experiências de mudança em escolas médicas**. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

RIBEIRO, M.P O., SILVA, M.C.V.M. **Análise de um processo de reformulação curricular no ensino superior**. Revista E-Curriculum, São Paulo, v. 3, n. 1, 2007.

RODRIGUES, N. **Educação: da formação humana à construção do sujeito ético**. Educ. Soc., Campinas, v. 22, n. 76, p. 232-257, 2001.

RODRIGUES, R., SERPA, A.R. **Perfil bioemocional do paciente e o controle de placa bacteriana**. p. 75–85. In: OPPERMANN, Rui; RÖSING, Cassiano (Org.). *Periodontia: ciência e clínica*. Artes Médicas, 2001.

ROSA, J.E. **A Faculdade de Odontologia da Rua São Francisco**. Florianópolis, 1994.

ROSA, J.E., MADEIRA, A.A. **Odontologia Catarinense. Evolução, ensino e movimento associativo**. Ed. da UFSC, Florianópolis, p. 79-240, 1982.

SANTOS, L.A.S., et al. **Projeto pedagógico do programa de graduação em nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia: uma proposta em construção**. Rev. Nutr., Campinas, v. 18, n. 1, p. 105-117, 2005.

SANTOS, J.L.F., WESTPHAL, M.F. **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade.** Estud. av., São Paulo, v. 13, n. 35, p.71-88, 1999.

SILVA, C.P.C. da. **Competências e habilidade requeridas na formação do cirurgião dentista: percepção de professores e alunos.** Santa Maria, RS, 2010.

SOUSA, C.N. **Colaborador sobre os relatos históricos do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.** Professor da disciplina de Dentística da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

SUNG J.M., SILVA J.C. **Conversando sobre ética e sociedade.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

UNFER, B. et. al. **Expectativas dos acadêmicos de Odontologia quanto a formação e futura profissão.** Saúde, Santa Maria, RS, v.30, n.1-2, p.33-40, 2004.

WESTPHAL M.F., MENDES R. **Cidade Saudável: uma experiência de Interdisciplinaridade e intersetorialidade.** Revista de Administração Pública – RAP - Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

APÊNDICE A – Termo de consentimento



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, estou sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“COMPARAÇÃO ENTRE OS CONHECIMENTOS DE DIAGNÓSTICO DOS ALUNOS FORMADOS NO ANTIGO E DOS ALUNOS FORMADOS NO NOVO CURRÍCULO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA”**, cujo objetivo principal é determinar a efetividade dessa nova formação acadêmica voltada para o diagnóstico, a multidisciplinaridade, a integralidade e atenção básica a saúde. Concordando em participar deste estudo, responderei a uma avaliação contendo vinte questões objetivas sobre diagnóstico em odontologia. Fui alertado que o principal benefício individual será o de perceber como estão os meus conhecimentos em relação ao diagnóstico em odontologia.

Recebi os esclarecimentos necessários sobre os possíveis riscos decorrentes deste estudo, que serão mínimos, já que é apenas uma avaliação teórica. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

O pesquisador envolvido com o referido projeto é: Gabriella Machado Vieira, do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como orientadora a Prof^ª. Dr^ª: Graziela de Luca Canto, com as quais poderei manter contato para eventuais esclarecimentos. É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Florianópolis, ____/____/____.

Assinatura e RG do participante

APÊNDICE B – Questionário sobre diagnóstico em odontologia

DATA: _____

NÚMERO

IDENTIFICAÇÃO

SEXO:

(A) Masculino

(B) Feminino

IDADE: _____

1 Em relação à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), está correto afirmar que:

(A) existe um período longo, porém variável, de latência clínica; em aproximadamente 90% dos indivíduos infectados, a evolução para a AIDS não ocorre por um período de até 10 anos.

(B) a infecção não se transmite pela saliva, pois estudos recentes demonstram que não há evidências da presença do vírus HIV na mesma.

(C) a infecção pelo HIV é transmitida através da relação sexual, contato acidental com sangue e saliva, transfusão de produtos sangüíneos ou uso de drogas ilícitas injetáveis.

(D) dentre as lesões bucais observadas nos pacientes doentes estão candidíase bucal, sarcoma de Kaposi, ulceração bucal, linfoma não Hodgkin, leucoplasia pilosa e GUNA.

(E) a imunodeficiência desenvolve-se como resultado de um efeito linfotrópico e linfocitopático sobre os monócitos e os linfócitos T.

2 Com relação à conduta terapêutica na clínica odontológica, alguns fatores, como a situação presente do paciente, sua história, idéias, expectativas e sentimentos, a experiência de doença e a compreensão da pessoa na sua totalidade, devem ser levados em consideração.

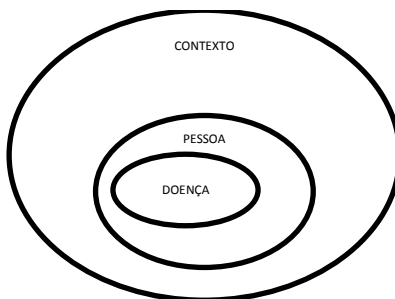


Figura – Diagrama representativo.

FONTE: Adaptado de TAYBOT, Y., 1995

No que se refere à abordagem da cárie dentária, o diagrama acima é representativo da afirmação:

- (A) A conduta profissional quanto ao controle e tratamento da doença difere da conduta para o tratamento das lesões, uma vez que a primeira desconsidera o contexto e a pessoa.
- (B) A conduta profissional quanto ao controle e tratamento da doença difere da conduta para o tratamento das lesões incipientes.
- (C) Centrando sua atenção no dente e não na pessoa, o profissional vai identificar a terapêutica mais adequada a cada paciente.
- (D) A conduta profissional quanto ao controle e tratamento da doença não difere da conduta para o tratamento das lesões visíveis.
- (E) No processo diagnóstico, o profissional deve analisar o indivíduo no contexto social e não apenas o dente ao propor o tratamento adequado.

3 Na clínica odontológica, o profissional deve estar atento às lesões precursoras do câncer bucal, como:

- (A) leucoedema, líquen plano e ceratose actínica.
- (B) leucoplasia, nevo branco esponjoso e infecção granulomatosa.
- (C) leucoedema, nevo branco esponjoso e infecção granulomatosa.
- (D) leucoplasia, líquen plano e ceratose actínica.
- (E) leucoplasia, leucoedema e nevo branco esponjoso.

4 Paciente com 25 anos de idade, no 6o mês de gestação, relata o crescimento rápido de lesão nodular com base séssil, localizada em gengiva inserida, entre os dentes 32 e 33, com cerca de 15 mm de extensão. A superfície da lesão apresenta cor vermelho intensa, com focos brancoamarelados e a palpação não produz empalidecimento, mas sim, sangramento. Nos dentes próximos observam-se

restaurações insatisfatórias de classe V. No exame radiográfico não se observam alterações dos tecidos duros. A hipótese diagnóstica é:

- (A) hiperplasia papilar.
- (B) fibroma ossificante periférico.
- (C) granuloma central de células gigantes.
- (D) hiperplasia fibrosa.
- (E) granuloma piogênico.

5 Paciente com 12 anos de idade apresenta o dente 46 com extensa destruição coronária devida a processo carioso. Clinicamente, queixa-se de dor provocada e a maior parte da coroa remanescente encontra-se recoberta por uma massa polpuda de tecido avermelhado e aspecto esponjoso que sangra ao toque. O exame radiográfico mostrou comunicação da cárie com a cavidade pulpar e discreta rarefação óssea periapical. O diagnóstico clínico mais provável é:

- (A) abscesso periapical agudo.
- (B) pulpite reversível.
- (C) pulpite hiperplásica.
- (D) granuloma.
- (E) abscesso periapical crônico.

6. Sobre as manifestações bucais da tuberculose secundária em paciente virgem de tratamento, é correto afirmar que:

- (A) podem aparecer em qualquer superfície da mucosa, entretanto a localização preferencial é na língua e no palato.
- (B) a mucosa bucal é infectada através da deposição hematogênica, sem a probabilidade de implantação de microrganismos presentes no escarro.
- (C) a lesão típica é uma úlcera recorrente em qualquer superfície da mucosa, endurecida e assintomática.
- (D) as úlceras não representam perigo potencial de contágio para a equipe odontológica, pois não contêm bacilos.
- (E) tomando-se por base apenas os sinais e sintomas clínicos, as lesões podem ser facilmente diferenciadas das várias outras condições bucais.

7 O cirurgião-dentista deve compreender a etiologia e patogênese da doença periodontal. Deste modo, está correto afirmar que:

- (A) a despolimerização do colágeno observada na doença periodontal, apesar de ser resultante principalmente da liberação de collagenase de origem bacteriana, também pode resultar de collagenase tecidual.

(B) o conceito de especificidade atribuído à doença periodontal é um importante avanço e significa que o grupo de doenças ou infecções que constituem a doença periodontal está associado ao mesmo microrganismo.

(C) os efeitos diretos das bactérias sobre os tecidos periodontais são antagonísticos aos efeitos indiretos de interferência na resposta do hospedeiro, na gênese da doença periodontal.

(D) o sulco gengival abriga uma flora microbiana, tanto nos estados de saúde quanto na doença, nos sulcos de adultos jovens saudáveis; a flora é relativamente simples e esparsa, sendo quase dois terços composta por cocos Gram-negativos.

(E) a resposta imunológica tem características tanto protetoras quanto destrutivas; nas doenças associadas às bactérias da placa, ela pode contribuir para o processo da doença ou modular os efeitos bacterianos.

8 Na clínica, as decisões de tratamento freqüentemente têm-se baseado na presença ou ausência de indicadores clínicos das doenças bucais. Sob uma abordagem antropológica, os problemas de saúde bucal apresentam muita semelhança com a qualidade de vida do indivíduo e com o conforto pessoal. A satisfação do ser humano com sua saúde bucal, em geral, tem pouca relação com a avaliação clínica da condição bucal. Isso é evidenciado na situação abaixo:

(A) a necessidade de tratamento odontológico, segundo parâmetros clínicos, leva em consideração o tratamento menos eficaz, que pode ser muito dispendioso, e não considera os limitados recursos disponíveis para a promoção da saúde.

(B) os conceitos de doença, raramente são determinados por valores culturais, assim, a definição clínica, que está baseada na analogia da doença, freqüentemente coincide com as definições do paciente.

(C) a necessidade de tratamento, avaliada pelo critério do cirurgião-dentista, não é passível de questionamentos segundo o código de defesa do consumidor, ou em termos de direitos humanos, pois desconsidera a satisfação do paciente.

(D) ao concentrar o foco da atenção no aspecto técnico da necessidade de tratamento, as atitudes e o comportamento do paciente, com freqüência não recebem atenção suficiente, nem se dá a devida ênfase à promoção da saúde, ao bem-estar e à prevenção da doença.

(E) o padrão de diagnóstico de doenças aceito pelos cirurgiões-dentistas, que são traduzidas em necessidades de tratamento odontológico,

coincide com a dimensão social ou funcional expressa pelas pessoas examinadas.

9 Sobre as características clínicas da estomatite aftosa herpetiforme, está correto afirmar que:

- (A) é uma forma de doença que se caracteriza por diversas úlceras ovais, irregulares, crateriformes com diâmetro variando entre 0,5 e 2 cm.
- (B) nos pacientes com AIDS, as úlceras podem estar localizadas em qualquer área da mucosa bucal, exceto na gengiva, palato duro e vermelhão dos lábios.
- (C) a dor no grupo de pequenas úlceras recorrentes pode ser intensa e a remissão geralmente ocorre em poucas semanas.
- (D) apresenta duração de várias semanas e, devido à profundidade da ulceração, a sua remissão deixa cicatriz.
- (E) semelhante às lesões herpéticas, são precedidas de vesículas porém, não apresentam células infectadas por vírus.

10 Paciente do sexo masculino, 48 anos de idade, com diabetes, queixa-se de dor localizada no dente 36, mobilidade e sensação de dente “crescido”. Clinicamente observa-se tumefação na gengiva e mucosa, ausência de ponto de contato entre os dentes 35 e 36, profundidade de sondagem clínica de 6 mm e resposta positiva aos testes de sensibilidade. O exame radiográfico mostrou perda óssea vertical entre os dentes 35 e 36. O diagnóstico mais provável é:

- (A) cisto periodontal.
- (B) pulpite aguda.
- (C) abscesso periapical.
- (D) abscesso gengival.
- (E) abscesso periodontal.

11 Paciente do sexo feminino, com 21 anos de idade e sem doenças sistêmicas, apresenta o dente 11 assintomático e com fístula na região vestibular. A paciente relata ter realizado tratamento endodôntico há 2 anos. No exame clínico, constata-se a ausência de sensibilidade à percussão e na face mesial uma restauração Classe III de resina composta. No exame radiográfico, a obturação do canal aparenta estar adequada e no ápice observa-se uma área de rarefação óssea delimitada por uma linha radiopaca descontínua, ovalada, com 5 mm de extensão. O diagnóstico clínico mais é:

- (A) osteíte condensante.
- (B) granuloma.

- (C) abscesso agudo.
- (D) abscesso crônico.
- (E) abscesso periodontal.

12 Paciente do sexo feminino, com 8 anos de idade, apresenta o esmalte dos incisivos superiores com uma linha horizontal contínua e irregular, depressões de 1 mm de profundidade e retenção de placa na coroa dental. Durante a anamnese, a mãe relata que a filha, aos 9 meses de vida, foi acometida por uma otite que a deixou bastante debilitada. Informa não existirem casos de lesões dentais semelhantes na família. O provável diagnóstico é:

- (A) amelogênese imperfeita.
- (B) fluorose.
- (C) dentinogênese imperfeita.
- (D) hipoplasia de esmalte.
- (E) fluorose crônica.

13 Paciente do sexo masculino, 40 anos de idade, durante avaliação geral em consulta odontológica de rotina, apresenta pressão arterial sistólica de 190 e diastólica de 114 mmHg. Relata desconhecimento desta condição e não vem fazendo uso de qualquer medicação. Este quadro indica a necessidade de postergar o tratamento?

- (A) Sim, porque o paciente deve realizar previamente provas de coagulação sangüínea.
- (B) Não, porque o procedimento odontológico pode ser realizado com o uso de anestésico local sem vasoconstritor.
- (C) Não, porque trata-se de quadro de hipertensão arterial leve.
- (D) Não, porque a investigação das causas diretas da hipertensão pode ser realizada posteriormente.
- (E) Sim, porque a pressão arterial deve ser controlada, devido ao risco de desenvolver acidente cerebrovascular.

14 Alguns aspectos do comportamento do adolescente podem ter implicações sobre a saúde, como a bulimia nervosa. Esta é caracterizada por ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de alimentos, alternada com comportamentos para evitar o ganho de peso, como vomitar e usar laxantes e diuréticos. O ato de vomitar para controlar peso proporciona a erosão dentária, resultante da perda de substância dentária causada pela regurgitação de suco gástrico. O cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional da saúde a suspeitar de bulimia, devido à

observação de sinais de erosão decorrente de um ambiente bucal cronicamente ácido. O manejo deste paciente requer:

(A) a abordagem de educação alimentar e orientações quanto à higiene bucal, especialmente em situações de elevado consumo de carboidratos, e sua referência a serviços de atenção primária à saúde, que inclui atendimento especializado.

(B) a aplicação de cuidados emergenciais e sua contrareferência a serviços de atenção secundária à saúde, possibilitando a internação hospitalar até sua recuperação, com posterior atendimento odontológico.

(C) a obtenção de sua confiança, gerando um melhor resultado no tratamento odontológico e possibilitando sua referência para serviços especializados com abordagem multidisciplinar, incluindo psicoterapeutas, médicos e nutricionistas.

(D) o alívio da dor, por meio de proteção da dentina exposta, atuando como um coadjuvante do auxílio psicológico, buscando elevar a auto-estima do paciente e possibilitando sua contra-referência a serviços terciários de saúde.

(E) a habilidade na abordagem de desordens de natureza psicológica, por meio de anamnese apropriada, possibilitando sua contra-referência para serviços especializados de saúde mental.

15 Paciente tem queixa de dor e ardência na língua. Clinicamente observa-se a língua com coloração avermelhada e atrofia das papilas. Nota-se também a presença de fissuras e rachaduras nos lábios, mais acentuadas nos cantos da boca. Geralmente, este quadro caracteriza manifestações bucais associadas à deficiência de vitamina:

(A) B

(B) K

(C) C

(D) A

(E) D

16 Paciente do sexo masculino, 14 anos de idade, apresenta clinicamente ausência do dente 43. O exame radiográfico periapical demonstra impação do dente por massa radiopaca de forma irregular, com cerca de 10 mm de extensão, circundada por uma estreita faixa radiolúcida, com margem bem delineada e cortical delgada. O conteúdo radiopaco é heterogêneo, apresentando formações rudimentares semelhantes a dentes. O diagnóstico é:

(A) osteoma central.

- (B) odontoma complexo.
- (C) dente supranumerário.
- (D) odontoma composto.
- (E) osteoma periférico.

17 São causadas pelo vírus do papiloma humano (HPV) as seguintes doenças bucais:

- (A) papiloma escamoso, verruga vulgar e hiperplasia papilar.
- (B) papiloma escamoso, verruga vulgar e condiloma acuminado.
- (C) condiloma acuminado, condiloma plano e papiloma escamoso.
- (D) verruga vulgar, condiloma acuminado e hiperplasia papilar.
- (E) hiperplasia papilar, condiloma plano e verruga vulgar.

18 Paciente do sexo feminino, 25 anos de idade, apresenta crescimento do tecido gengival na região dos dentes 34 e 35, sendo que este último está ausente e o dente 34 apresenta restauração insatisfatória de classe V. A lesão é assintomática, compressível e de base sésil, com tamanho aproximado de 10 mm. Sua superfície é lisa, de coloração avermelhada e o exame radiográfico exibe uma imagem radiolúcida, em forma de taça, na crista desdentada do rebordo alveolar. A hipótese diagnóstica é:

- (A) granuloma periférico de células gigantes.
- (B) granuloma central de células gigantes.
- (C) granuloma piogênico.
- (D) hiperplasia fibrosa.
- (E) carcinoma de células escamosas.

19 Dentre os procedimentos clínicos para diagnóstico endodôntico, o teste de percussão vertical é muito útil e:

- (A) apresenta resposta tipicamente negativa em caso de inflamação periapical.
- (B) fornece indicação sobre a integridade do tecido pulpar.
- (C) deve ser realizado de maneira sequencial, a fim de orientar o paciente.
- (D) pode revelar se existe inflamação no ligamento periodontal apical.
- (E) é menos doloroso ao paciente quando realizado com o cabo do espelho do que com pressão digital.

20 Após receber anestesia de bloqueio do nervo alveolar inferior, paciente relata ser incapaz de mover o lábio superior e fechar completamente o olho do lado afetado. A causa desta complicação é

o fato de, durante o procedimento, inadvertidamente, a agulha ter perfurado a cápsula da glândula parótida e a solução anestésica ter atingido o nervo:

- (A) facial.
- (B) vago.
- (C) acessório.
- (D) óptico.
- (E) oculomotor.

OPINIÕES SOBRE O QUESTIONÁRIO, O CURSO E APTIDÕES PROFISSIONAIS

1) Qual o grau de dificuldade que você encontrou neste questionário?

- (A) Fácil
- (B) Médio
- (C) Difícil

2) Com que tipo de problema você se deparou mais frequentemente ao responder a este questionário?

- (A) Desconhecimento do conteúdo ou forma de abordagem do conteúdo diferente daquela a que estou habituado.
- (B) Falta de motivação para fazer a prova.
- (C) Não tive qualquer tipo de dificuldade para responder à prova.

3) Como você explicaria o seu desempenho no questionário?

- (A) Os conteúdos abordados não foram ministrados durante o curso.
- (B) Os conteúdos abordados foram ministrados durante o curso, mas eu já esqueci ou não aprendi bem.
- (C) Os conteúdos abordados foram ministrados durante o curso e eu os conheço bem.

4) O ponto mais **forte** do seu curso de graduação foi:

- (A) o aprendizado do diagnóstico integral
- (B) o aprendizado de modalidades de tratamento
- (C) ambos

5) Ao concluir o curso você pretende trabalhar:

- (A) para trabalhar em clínica privada
- (B) para trabalhar em serviços públicos de saúde
- (C) ambos

6) Assinale em quais das áreas de conhecimento listadas você se mais preparado ao final do curso (escolha 3 opções em ordem crescente):

- (A) cirurgia e implantodontia
- (B) dentística
- (C) diagnóstico bucal (estomatologia, patologia, radiologia)
- (D) endodontia
- (E) oclusão
- (F) odontopediatria
- (G) ortodontia
- (H) periodontia
- (I) prótese parcial
- (J) prótese total
- (K) saúde coletiva

Opção 1: _____

Opção 2: _____

Opção 3: _____

7) De um modo geral, como você considera o curso de Odontologia da UFSC:

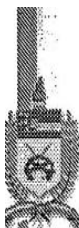
(A) excelente

(B) bom

(C) regular

(D) péssimo

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1117

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA Nº 0554/GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado, estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP


APROVADO

PROCESSO: 1117 FR: 385746

TÍTULO: "Comparação entre os conhecimentos de diagnóstico dos alunos formados no antigo e dos alunos formados no novo currículo de odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina".

AUTOR: Graziela de Luca Canto, Gabriella Machado Viera

FLORIANÓPOLIS, 29 de Novembro de 2010.


Coordenador do CEPSH/UFSC

M. Washington Portela de Souza